

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 8 janvier 2025

Composition : M. OULEVEY, président
Mmes Brélaz Braillard et Gauron-Carlin, juges
Greffier : M. Germond

Cause pendante entre :

X. _____, à [...], recourant, représenté par Me Philippe Nordmann, avocat à Lausanne,

et

CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, à Lucerne, intimée, représentée par Me Didier Elsig, avocat à Lausanne.

Art. 16, 43 al. 1 et 61 let. c LPGA ; 6, 18 s. et 24 s. LAA ; 11 et 36 OLAA

E n f a i t :

A. a) R ressortissant portugais, X._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], sans formation professionnelle, travaillait depuis le 1^{er} janvier 2012 en qualité de chauffeur-livreur auprès du centre de distribution T._____ SA sis à [...]. A ce titre, il était assuré obligatoirement contre le risque d'accidents auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée).

b) Le 3 juin 2016, alors qu'il circulait au guidon de son motorcycle léger, il a freiné dans un giratoire sur route mouillée à basse vitesse puis a chuté, et a présenté des douleurs à l'épaule droite ainsi qu'au thorax. Le travail a été interrompu le même jour (déclarations de sinistre LAA des 13 et 21 juin 2016 ; questionnaire complété le 10 juillet 2016 par l'assuré).

La CNA a pris en charge le cas.

Après un échec le 13 juin 2016, l'assuré a repris le travail à mi-temps dès le 20 juin 2016, puis à 100 % depuis le 27 juin 2016.

Dans un rapport du 8 juillet 2016, le Dr A._____, médecin praticien, a posé le diagnostic de contusion de l'épaule droite et du thorax gauche.

A compter du 24 août 2016, l'assuré a dû interrompre le travail en raison de très fortes douleurs à son épaule droite (déclaration de sinistre LAA du 24 août 2016 ; certificat médical du 24 août 2016 du Dr D._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur).

Le 31 août 2016, un examen IRM de l'épaule droite a mis en évidence chez l'assuré notamment une « *déchirure transfixiante touchant en tous les cas la moitié antérieure du tendon sus-épineux* » ainsi qu'une

« vraisemblable déchirure du bord supérieur du tendon sous-scapulaire avec une légère subluxation du tendon long chef du biceps ».

Le 10 octobre 2016, l'assuré a subi une opération chirurgicale au niveau de son épaule droite réalisée par le Dr P._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur.

Compte tenu de l'évolution favorable depuis cette intervention, l'assuré a été en mesure de reprendre le travail à 100 % dès le 13 mars 2017, soit la date de sa dernière consultation médicale (rapport du 22 mars 2017 du Dr P._____).

c) Le 22 novembre 2021, X._____ a, par l'intermédiaire du Dr D._____ et avec le concours de l'employeur, annoncé à la CNA une rechute, à partir du 17 novembre 2021, de son accident de moto du 3 juin 2016, en raison d'une re-déchirure complète du sus-épineux et partielle du sous-épineux de l'épaule droite, avec une incapacité de travail totale attestée depuis le 13 décembre 2021 (rapport initial LAA du 16 décembre 2021 du Dr D._____).

Sur la base d'un examen IRM du 2 décembre 2021 de l'épaule droite de l'assuré qui a mis en évidence notamment un « *status post réparation du tendon du supra-épineux avec une redéchirure transfixiante et complète* » ainsi qu'un « *status post réparation du tendon infra-épineux avec une redéchirure partielle de la face profonde, se prolongeant par une déchirure interstitielle* », le Dr P._____ a, par rapport du 15 février 2022, indiqué qu'à son avis l'intéressé accomplissait un « *travail trop lourd* » qui devrait être adapté aux limitations fonctionnelles habituelles en cas de problème d'épaule et que l'autre souci était un début d'omarthrose qui, en cas de progression, justifierait d'envisager une prothèse inversée. Ce médecin avait prescrit neuf séances de physiothérapie dirigée.

Le 7 mars 2022, la Dre Z._____, spécialiste en médecine interne générale et médecine intensive, médecin d'assurance, a répondu à un questionnaire du 3 mars 2022 de la gestionnaire en charge du cas de

l'assuré auprès de la CNA, évaluant notamment la limite du port de charges de l'assuré à 5-10 kg en cas de charges répétées.

Le 24 mars 2022, la CNA a accepté de prendre en charge la rechute annoncée de l'accident subi en 2016 par l'assuré.

Dans son appréciation du 30 mars 2022, sur la base de ses constatations ressortant de sa lecture du dossier médical de l'assuré, la Dre Z._____ a évalué à 5 % le taux de l'atteinte à l'intégrité.

Par lettre du 22 avril 2022, la CNA a indiqué que l'état de santé était stabilisé et a annoncé à l'assuré qu'elle mettrait fin au paiement des soins médicaux et de l'indemnité journalière avec effet au 31 mai 2022. Elle l'a informé que, de l'avis de son service médical et pour les seules séquelles de l'accident, une pleine capacité de travail restait envisageable dans une activité respectant les limitations fonctionnelles du membre supérieur droit, à savoir : « *pas de port de charge répétée de plus de 5-10 kg, pas de mouvement au-dessus de l'horizontale et pas de mouvement en porte-à-faux* ». L'intéressé était par ailleurs avisé de l'examen en cours de son droit à d'autres prestations d'assurance par la CNA qui l'en informerait prochainement à ce sujet.

A la suite des objections soulevées le 27 avril 2022 par l'assuré contre ce préavis de fin du versement des prestations provisoires de l'assurance-accidents, la CNA a soumis le dossier de l'intéressé à la Dre Z._____ qui a établi une nouvelle appréciation médicale du 16 mai 2022 qui se termine comme suit :

“Diagnostic

03.06.2016 Rupture de la coiffe des rotateurs dans un contexte de troubles dégénératifs préexistants avec rerupture le 02.12.2021.

Appréciation et réponses aux questions

Assuré portugais de 60 ans et 10 mois, séparé, père de 3 enfants à charge, chauffeur (selon les informations de la déclaration de

sinistre LAA), qui est victime d'un traumatisme professionnel en date du 03.06.2016.

Alors qu'il circulait à moto dans un giratoire, sur une route mouillée, il freine, glisse et tombe, se procurant une rupture de la coiffe des rotateurs de l'épaule D avec présence, à l'IRM effectuée le 31.08.2016, d'une déchirure transfixiante du tendon du muscle sus-épineux associée à une atteinte du tendon du sous-scapulaire et du long chef du biceps.

En raison de la persistance de douleurs chez un assuré avec une activité professionnelle physiquement contraignante (chauffeur-livreur de médicaments), une prise en charge chirurgicale est décidée le 10.10.2016 avec ténotomie du LCB, capsulotomie de l'intervalle des rotateurs, section du ligament coraco-huméral, refixation arthroscopique du tendon sous-scapulaire, busoscopie et bursectomie, refixation arthroscopique des tendons sus et sous-épineux de l'épaule D par le Dr P. _____ orthopédiste.

L'évolution est initialement favorable avec un assuré qui peut reprendre son activité professionnelle en plein dès mi-mars 2017 (dernière consultation chez le Dr P. _____ le 15.03.2017). Une déclaration de rechute en décembre 2021 est effectuée en raison de la récurrence de douleurs dans un contexte de redéchirure du tendon du sus-épineux confirmée par une IRM effectuée le 02.12.2021. Celle-ci est certainement consécutive à l'activité physiquement contraignante et en raison des antécédents chirurgicaux de l'assuré, seule une stabilisation par physiothérapie et éventuellement la pause d'une prothèse inversée pourrait permettre d'améliorer la situation mais comme mentionné par le Dr P. _____, l'élément principal consiste en une adaptation de l'activité professionnelle en présence d'une épaule fragilisée. Dans ce contexte, des limitations fonctionnelles concernant le membre supérieur D peuvent être retenues soit :

- Pas d'activité répétée avec les bras au-dessus de l'horizontale
- Pas de port de charges de plus de 20-25 kg
- Pas de port de charges répété de plus de 15-20 kg
- Pas de mouvement en porte-à-faux du membre supérieur D

Dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles susmentionnées, l'assuré a une pleine capacité et un plein rendement."

Par lettre du 23 mai 2022, l'assuré, sous la plume de Me Philippe Nordmann, a demandé le report de la fin du droit aux prestations de l'assurance-accidents au 31 juillet 2022.

Le 23 juin 2022, il a requis de la CNA la poursuite de la prise en charge des prestations pour soins ainsi qu'une réévaluation du taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité qui lui était reconnu afin de tenir

également compte de l'arthrose débutante en 2016 et susceptible d'aboutir à la pose d'une prothèse inversée.

Par lettre du 28 juin 2022, la CNA a confirmé au conseil de l'assuré que sa lettre du 22 avril 2022 n'était pas une décision formelle.

Par appréciation médicale complémentaire du 13 juillet 2022, la Dre Z._____ a confirmé la stabilisation du cas à six ans du traumatisme initial et estimé qu'il n'y avait pas lieu de majorer l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, ce d'autant que les amplitudes articulaires de l'assuré, selon rapport du 15 février 2022 du DrP._____, étaient presque normales avec maintien d'une force quasiment conservée.

Par décision du 12 août 2022, la CNA a refusé à l'assuré le droit à une rente d'invalidité de l'assurance-accidents en raison d'une perte de gain de 4 %, tout en lui allouant une indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI) d'un montant de 7'410 fr. (taux de 5 % sur la base d'un gain assuré de 148'200 francs).

Le 8 septembre 2022, toujours conseillé par Me Nordmann, l'assuré a fait opposition à cette décision.

Par décision sur opposition du 31 décembre 2022, la CNA a rejeté l'opposition de l'assuré, confirmant sa décision de mettre fin au versement de ses prestations provisoires de l'assurance-accidents avec effet au 31 mai 2022 et de refuser l'octroi d'une rente de cette assurance.

B. Par acte du 1^{er} février 2023, X._____, représenté par Me Philippe Nordmann, a recouru contre la décision sur opposition rendue le 31 décembre 2022 par la CNA devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant avec suite de frais et dépens, dans le sens suivant :

- "I. Principalement : SUVA n'est pas en droit de clore le dossier, pour ce qui est des prestations pécuniaires, au 31 mai 2022,

- dites prestations pécuniaires se poursuivant au-delà de cette date.
- II. Le taux d'IPAI de 5% est porté à au moins 25%, voire davantage, à dire de justice.
 - III. Subsidiairement : pour le cas où la clôture du dossier devrait être jugée effective au 31 mai 2022 : le recourant a droit, dès le 1^{er} juin 2022, à une rente d'invalidité de 100% jusqu'au 31 décembre 2022 et de 50%, voire davantage selon précisions qui seront apportées en cours d'instance, dès le 1^{er} janvier 2023."

En substance, le recourant conteste la fin du versement par la CNA des indemnités journalières au 31 mai 2022 pour la rechute annoncée à la fin de l'année 2021 en lien avec son accident de moto en 2016. Déplorant l'absence d'exemple du genre de travail susceptible d'être adapté à ses limitations fonctionnelles, il fait en outre valoir que nonobstant ses limitations fonctionnelles, les circonstances particulières (*« travailleur âgé, sans formation et sans aucune dextérité permettant des travaux fins, pratiquement sans connaissance du français autrement qu'oral et simple, sans possibilité par exemple de piloter des machines automatiques ou semi-automatiques »*) feraient obstacle à la reprise d'une activité adaptée à son état de santé physique défaillant, les médecins spécialistes (chirurgiens orthopédistes) ayant du reste prolongé son incapacité de travail totale jusqu'à la fin de l'année 2022 et à 50 %, au mieux, depuis le 1^{er} janvier 2023. Concernant le taux de l'atteinte à l'intégrité fixé à 5 % par la CNA, bien que non repris dans la décision sur opposition attaquée, le recourant le qualifie d'insuffisant au vu de l'omarthrose présentée. Enfin, il conteste la valeur probante du point de vue de la Dre Z. _____, qui consiste en une simple phrase, non motivé, alors qu'il s'écarterait de pratiquement tous les avis médicaux au dossier. Il ajoute qu'un rapport médical établi sur la base du dossier est certes possible en lieu et place d'un examen clinique mais qu'en l'espèce, l'état du dossier ne permettait pas une telle démarche *a fortiori* en émettant une appréciation divergente non motivée. Sous la pièce n°14 du bordereau annexé à son mémoire de recours, il a produit un certificat médical daté du 12 décembre 2022 du Dr D. _____ attestant une incapacité totale de travail du 1^{er} juin au 31 décembre 2022, puis une reprise possible à 50 % depuis le 1^{er} janvier 2023 dans des activités sans

travaux de l'épaule droite au-dessus de l'horizontale, ni port de charge de plus de 5 kg.

Dans sa réponse du 4 avril 2023, la CNA, représentée par Me Didier Elsig, a conclu au rejet du recours dans toutes ses conclusions et à la confirmation de la décision sur opposition querellée. Elle s'estimait fondée à refuser l'octroi d'une rente d'invalidité ainsi qu'à fixer à 5 % l'atteinte à l'intégrité induite par la rechute de l'accident. L'intimée a produit son dossier. En lien avec son refus d'une rente d'invalidité de l'assurance-accidents, elle observe que les avis successifs de son médecin-conseil sont corroborés par le dernier rapport médical datant de février 2022 du Dr P. _____ figurant au dossier, si bien que c'est à bon droit qu'elle avait mis fin au droit au traitement médical et aux indemnités journalières avec effet au 31 mai 2022. Ensuite, s'agissant de son calcul du droit à la rente d'invalidité avec l'année de référence 2022, elle observe que le gain hypothétique de valide, fondé sur les informations transmises par l'ancien employeur, n'est pas critiqué, puis que le gain hypothétique d'invalidé, calculé en référence aux données statistiques issues de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) en l'absence d'une possible reprise de l'activité habituelle de chauffeur-livreur pour des motifs de santé, prend en compte les limitations fonctionnelles (à savoir : *« pas d'activité répétée avec les bras au-dessus de l'horizontale ; pas de port de charges de plus de 20-25 kg ; pas de port de charges répété de plus de 15-20 kg ; pas de mouvement en porte-à-faux du membre supérieur droit »*) ainsi qu'un abattement de 5 %, résultant d'une analyse globale du cas effectuée par le médecin-conseil sur l'ensemble des rapports médicaux au dossier, et ceci sans devoir énumérer les activités adaptées à l'état de santé déficient en l'absence de référence aux « descriptions de postes de travail » (DPT) auxquelles l'intimée ne se réfère plus depuis des années. Enfin, le taux d'atteinte à l'intégrité de 5 % repose sur l'estimation du 30 mars 2022 de la Dre Z. _____, laquelle aurait bien tenu compte de l'arthrose à l'épaule droite du recourant sur la base de l'IRM du 2 décembre 2021, l'intéressé ne produisant aucun élément médical autorisant de douter de cette évaluation probante.

Dans sa réplique du 1^{er} juin 2023, le recourant a précisé ses conclusions comme suit :

- “I) Principalement : SUVA est tenue de lui servir une rente d’invalidité de 100%.
- II) Subsidiairement : SUVA est tenue de lui servir une rente d’invalidité de 50%.
- III) L’indemnité pour atteinte à l’intégrité est portée de 5% à 15%.”

Sous pièce n° 24 dans le bordereau joint à son écriture, le recourant a produit un rapport médical adressé le 13 juin 2022 à l’Office de l’assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l’OAI) par le Dr D. _____ dont il ressort en particulier que le traitement actuel consiste en la prise de Dafalgan (1 à 2 fois par jour) et du repos. A la pièce n° 25 dudit bordereau, figure un rapport médical adressé le 5 mai 2023 au représentant du recourant par le Dr D. _____, lequel constate que les limitations fonctionnelles retenues par la CNA ne correspondraient pas avec la charge maximale que le recourant est capable de soulever, laquelle est limitée à 5 kg et certainement pas au-dessus de l’horizontale, ni de manière répétée.

Dans sa duplique du 10 juillet 2023, la CNA a maintenu sa position.

Les 21 août et 25 septembre 2023, les parties se sont chacune prononcées sur les déterminations de l’autre en maintenant leurs positions respectives.

Le 25 octobre 2023, le recourant a produit la copie d’une décision du 18 octobre 2023 de l’OAI lui reconnaissant le droit à une rente d’invalidité entière de cette assurance sociale depuis le 1^{er} novembre 2023, prestation qui serait « née » le 1^{er} décembre 2022 aux termes de la motivation d’octroi de ladite rente AI également produite.

Le 14 novembre 2023, se référant aux conclusions et écritures précédentes, la CNA relève que l’annonce de l’octroi d’une rente de l’assurance-invalidité en faveur du recourant n’est pas un élément

pertinent pour l'issue du présent litige car il est envisageable – et hautement vraisemblable en l'occurrence – que la rente AI couvre une invalidité non assurée selon la loi fédérale sur l'assurance-accidents, le recourant affirmant lui-même qu'il présenterait une atteinte dorsale à côté de la rechute de son atteinte à l'épaule en 2021.

Dans ses déterminations spontanées du 30 novembre 2023, confirmant les conclusions prises avec suite de frais et dépens en réplique, le recourant dit s'en remettre à justice s'agissant d'une éventuelle expertise complémentaire sur la question de l'interaction entre ses ennuis d'épaule et ceux de la colonne vertébrale, attestés par certificats médicaux, aboutissant à l'invalidité entière reconnue par l'OAI et son éventuelle répercussion sur son droit aux prestations de l'assurance-accidents litigieuses.

Par déterminations du 10 janvier 2024, l'intimée est d'avis que les dernières critiques du recourant ne sont pas de nature à ébranler le bien-fondé de sa position.

Aux termes d'ultimes déterminations du 31 janvier 2024, le recourant explicite son argumentation voulant qu'en cas d'interaction entre ses soucis à l'épaule et la colonne cervicale, il aurait droit à une rente d'invalidité de 100 %, subsidiairement de 50 %, de l'assurance-accidents, conformément aux conclusions I) et II) de sa réplique du 1^{er} juin 2023, et que le taux d'indemnité pour atteinte à l'intégrité devrait être porté de 5 à 15 % en raison de la périarthrite débutante avec risque d'aggravation de l'arthrose.

E n d r o i t :

1.

1.1 La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-accidents (art. 1 al. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20]). Les décisions sur

opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte peuvent faire l'objet d'un recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

1.2 En l'occurrence, déposé en temps utile compte tenu des feries (art. 38 al. 4 let. c LPGA) auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. Le litige porte sur le point de savoir si l'intimée était fondée, par sa décision sur opposition du 31 décembre 2022, à estimer que le cas du recourant était stabilisé, à lui refuser le droit à une rente d'invalidité de l'assurance-accidents et à lui octroyer une indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI) d'un montant de 7'410 fr., calculée sur un taux de 5 % sur la base d'un gain assuré de 148'200 francs.

3.

3.1 Les modifications de la LAA introduites par la novelle du 25 septembre 2015 (RO 2016 4375), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2017, ne sont pas applicables au cas d'espèce. En vertu du ch. 1 des dispositions transitoires relatives à cette modification (RO 2016 4388), les prestations d'assurance allouées pour les accidents qui sont survenus avant l'entrée en vigueur de la modification du 25 septembre 2015 et pour les maladies professionnelles qui se sont déclarées avant cette date sont en effet régies par l'ancien droit.

Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, si la loi n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle.

Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose un lien de causalité naturelle entre l'événement dommageable de

caractère accidentel et l'atteinte à la santé. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que le dommage ne se serait pas produit du tout ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière sans l'événement accidentel. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé ; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique, mentale ou psychique de la personne assurée, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition *sine qua non* de celle-ci (ATF 148 V 138 consid. 5.1.1 ; 142 V 435 consid. 1 et les références).

Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 148 V 138 consid. 5.1.1 et les références). En matière de troubles physiques, la causalité adéquate se confond pratiquement avec la causalité naturelle (ATF 140 V 356 consid. 3.2 et la référence ; TF 8C_404/2020 du 11 juin 2021 consid. 6.2.1).

La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle et adéquate avec l'événement assuré. Les prestations d'assurance sont donc également allouées en cas de rechutes et de séquelles tardives (art. 11 OLAA [ordonnance fédérale du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202]). Les rechutes et les séquelles tardives ont ceci en commun qu'elles sont attribuables à une atteinte à la santé qui, en apparence seulement, mais non dans les faits, était considérée comme guérie. Il y a rechute lorsque c'est la même affection qui se manifeste à nouveau. On parle de séquelles tardives lorsqu'une atteinte apparemment guérie produit, au cours d'un laps de temps prolongé, des modifications organiques ou psychiques qui conduisent souvent à un état pathologique différent (ATF 123 V 137

consid. 3a et les références ; TF 8C_232/2019 du 26 juin 2020 consid. 3.3). Les rechutes et suites tardives se rattachent donc par définition à un événement accidentel. Corrélativement, elles ne peuvent faire naître une obligation de l'assureur-accidents (initial) de verser des prestations que s'il existe un lien de causalité naturelle et adéquate entre les nouvelles plaintes de l'intéressé et l'atteinte à la santé causée à l'époque par l'accident assuré (ATF 118 V 293 consid. 2c et les références ; TF 8C_450/2019 du 12 mai 2020 consid. 4).

À teneur de l'art. 19 al. 1 LAA, le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré, et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme. Le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente.

De jurisprudence constante, cela signifie que l'assuré a droit à la prise en charge des traitements médicaux et aux indemnités journalières tant qu'il y a lieu d'attendre de la continuation du traitement une sensible amélioration de son état de santé et pour autant que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité aient été menées à termes. Lorsque ces conditions ne sont plus remplies, le droit à ces prestations cesse et le droit à la rente commence (TF 8C_403/2011 du 11 octobre 2011 consid. 3.1.1 ; ATF 134 V 109 consid. 4.1 et les références citées). Le droit à la prise en charge des traitements médicaux et des indemnités journalières cesse également lorsqu'il n'y a plus lieu d'attendre une sensible amélioration de l'état de santé de l'assuré, qu'aucune mesure de réadaptation de l'assurance-invalidité n'entre en considération, mais qu'aucune rente n'est allouée parce que l'assuré présente un taux d'invalidité inférieur au seuil de 10 % prévu par l'art. 18 al. 1 LAA (ATF 134 V 109 consid. 4.1 et 133 V 57 consid. 6.6.2).

Le texte de la disposition légale ne décrit pas ce qu'il faut entendre par « *sensible amélioration de l'état de santé de l'assuré* ». Pour qu'une amélioration sensible soit possible, il faut entendre l'amélioration

ou la récupération de la capacité de travail pour ce qui est des conséquences de l'affection assurée. Il faut que le traitement ne puisse plus entraîner d'amélioration ni éviter de péjoration de l'état de santé, de sorte que celui-ci doive être considéré comme stable (ATF 134 V 109 consid. 4.1). Il ne suffit pas que le traitement médical laisse présager une amélioration sensible de peu d'importance (ATF 134 V 109 consid. 4.3).

3.2 Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_877/2018 du 24 juillet 2019 consid. 5).

Une valeur probante doit également être accordée aux appréciations émises par les médecins de la CNA, car, selon la jurisprudence, cette institution n'intervient pas comme partie dans un cas concret tant qu'aucun procès n'est en cours, mais comme organe administratif chargé d'exécuter la loi. C'est la raison pour laquelle le juge accordera, au cours de la procédure d'administration des preuves, une entière valeur probante à l'appréciation émise par un médecin de la CNA, aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de son bien-

fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et les références citées ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

3.3.

3.3.1 Dans sa décision du 12 août 2022, l'intimée s'est référée à sa lettre du 22 avril 2022, par laquelle elle avait informé le recourant qu'elle mettrait fin à la prise en charge des frais médicaux et au paiement des indemnités journalières avec effet au 31 mai 2022, au motif que la situation médicale était stabilisée, ainsi qu'à sa lettre du 28 juin 2022, par laquelle elle avait confirmé au conseil du recourant que sa lettre du 22 avril 2022 n'était pas une décision formelle. Il faut donc comprendre que, par sa décision du 12 août 2022, l'intimée a formalisé sa décision de mettre fin au paiement des indemnités journalières et à la prise en charge des frais de traitement au 31 mai 2022.

Dans son opposition du 8 septembre 2022, formée en temps utile, le recourant a contesté cette partie de la décision du 12 août 2022, en concluant expressément, à titre principal, à la poursuite des indemnités journalières au-delà du 31 mai 2022.

Dans sa décision sur opposition du 31 décembre 2022, l'intimée a considéré qu'à la lecture des rapports médicaux du Dr P._____, du 15 février 2022, et de la Dre Z._____, du 7 mars 2022 - ce dernier ayant encore été confirmé sur ce point par un rapport complémentaire du 13 juillet 2022 - il apparaissait que la poursuite des traitements médicaux ne pouvait plus apporter une amélioration significative aux seules séquelles accidentelles. Elle a ainsi retenu, implicitement, que le recourant ne pouvait plus prétendre, depuis le 31 mai 2022 au moins, à d'autres prestations qu'une éventuelle rente d'invalidité et que seule devait dès lors être examinée la question du droit du recourant de prétendre à une telle rente.

Dans un premier grief, le recourant conteste ce point de vue en faisant valoir le certificat médical du Dr D._____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, daté du 12 décembre 2022 et qui, constatant une

incapacité totale de travail du recourant du 1^{er} juin au 31 décembre 2022, prévoyait une reprise possible à 50 % dès le 1^{er} janvier 2023 sans travaux avec l'épaule droite au-dessus de l'horizontale et sans port de charge de plus de 5 kg.

De son côté, l'intimée oppose à ce grief que l'incapacité de travail à 100 % du recourant jusqu'au 31 décembre 2022 n'a été admise que par le Dr D._____, alors que dans leurs rapports respectifs les Drs P._____ et Z._____ ont tous deux attesté la stabilisation de son état de santé, et sans que la poursuite des soins médicaux n'ait apporté une amélioration significative de l'état de santé consécutif à l'accident, la CNA estimant avoir, à juste titre, mis fin au droit au traitement médical et à l'indemnité journalière avec effet au 31 mai 2022.

3.3.2 Le certificat médical invoqué par le recourant pour contester la stabilisation de son état au 31 mai 2022, qui a été signé le 12 décembre 2022 par le Dr D._____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, et qui mentionne une incapacité de travail à 100 % depuis le 1^{er} juin 2022 avec reprise à 50 % dès le 1^{er} janvier 2023 dans des activités sans travaux de l'épaule droite au-dessus de l'horizontale et sans charge de plus de 5 kg, ne comporte aucune explication supplémentaire de la situation, au contraire du rapport établi le 15 février 2022 par le Dr P._____. Ce dernier médecin, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, mentionnait, sous la rubrique « *attitude* », avoir prescrit neuf séances de physiothérapie au recourant ; il précisait que le problème essentiel du recourant était son travail, qui allait devoir être adapté aux limitations fonctionnelles habituelles en cas de problème d'épaule. Le Dr P._____ mentionnait aussi un début d'omarthrose, mais sans indiquer que celle-ci pourrait résulter de l'accident, ni qu'elle nécessiterait (déjà) un traitement, indiquant seulement qu'il faudrait envisager la pose d'une prothèse inversée en cas de progression de cette affection. Quant à l'appréciation médicale de la Dre Z._____, médecin d'assurance, sur l'avis de laquelle l'intimée s'est essentiellement fondée pour mettre fin au paiement des indemnités journalières, elle reprend l'appréciation du Dr P._____. Les pièces médicales auxquelles il convient d'attribuer la valeur la plus

probante parmi celles du dossier indiquent donc qu'en mai 2022 au plus tard, les suites de la rechute de l'accident de moto du 3 juin 2016 étaient stabilisées.

Au demeurant, dans le rapport médical somatique qu'il a adressé le 13 juin 2022 à l'OAI, le Dr D._____ a lui-même indiqué qu'il ne prescrivait plus au recourant, pour tout traitement, que la prise de Dafalgan (1 à 2 fois par jour) et du repos, ce qui démontre qu'il n'y avait plus à attendre d'amélioration sensible de la situation au moyen d'un traitement médical.

Le grief du recourant sur ce point n'est par conséquent pas fondé.

4. La stabilisation du cas ouvre le droit éventuel du recourant à l'octroi d'une rente d'invalidité de l'assurance-accidents. Il convient dès lors de procéder au calcul du préjudice économique et du degré d'invalidité présenté par celui-ci.

4.1 Aux termes de l'art. 18 al. 1 LAA, si l'assuré est invalide à 10 % au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité (teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016).

Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (revenu sans invalidité) est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut encore raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité). C'est la méthode ordinaire de comparaison des revenus (art. 16 LPGa).

La comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (ATF 137 V 334 consid. 3.1.1 ; TF 8C_1/2020 du 15 octobre 2020 consid. 3.1). Pour procéder à la comparaison des revenus, il

convient de se placer au moment de la naissance du droit éventuel à la rente (ATF 143 V 295 consid. 4.1.3 et les références ; TF 8C_837/2019 du 16 septembre 2020 consid. 5.2).

Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible. Il se déduit en règle générale du salaire réalisé avant l'atteinte à la santé, en l'adaptant toutefois à son évolution vraisemblable jusqu'au moment déterminant de la naissance éventuelle du droit à la rente (ATF 144 I 103 consid. 5.3 ; 134 V 322 consid. 4.1). On se fondera, sur ce point, sur les renseignements communiqués par l'employeur ou, à défaut, sur l'évolution des salaires nominaux (par ex. : TF 9C_192/2014 du 23 septembre 2014 consid. 4.2).

Comme le revenu sans invalidité, le revenu avec invalidité doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. Si comme en l'espèce, la personne assurée n'a pas repris d'activité lucrative dans une profession adaptée, ou lorsque son activité ne met pas pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible, le revenu avec invalidité peut être évalué en se référant aux données salariales publiées tous les deux ans par l'Office fédéral de la statistique dans l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS ; ATF 143 V 295 consid. 2.2 et 129 V 472 consid. 4.2.1).

Lorsque les tables ESS sont appliquées, il convient de se fonder, en règle générale, sur les salaires mensuels indiqués dans la table TA1, à la ligne "total secteur privé" ; on se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la valeur médiane ou centrale (ATF 124 V 321 consid. 3b), étant précisé que, depuis l'ESS 2012, il y a lieu d'appliquer le tableau TA1_tirage_skill_level et non pas le tableau TA1_b (ATF 142 V 178 ; TF 8C_46/2018 du 11 janvier 2019 consid. 4.4). Les salaires bruts standardisés dans l'ESS correspondent à une moyenne de travail de 40 heures par semaine et il convient de les adapter à la durée hebdomadaire moyenne dans les entreprises pour l'année prise en considération. On tiendra également compte de l'évolution des salaires

nominaux, pour les hommes ou les femmes selon la personne concernée, entre la date de référence de l'ESS et l'année déterminante pour l'évaluation de l'invalidité (ATF 129 V 408 consid. 3.1.2). Cette année correspond en principe à celle lors de laquelle le droit éventuel à la rente prend naissance (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; 129 V 222 consid. 4.3.1).

L'assuré peut, selon sa situation personnelle, voir ses perspectives salariales être réduites par des facteurs tels que le handicap, les années de service, la nationalité, le titre de séjour ou le taux d'occupation. Une évaluation globale des effets de ces circonstances sur le revenu d'invalidité est nécessaire. Sur le principe, la jurisprudence admet de procéder à une déduction de 25 % au maximum pour en tenir compte (ATF 129 V 472 consid. 4.2.3 ; 126 V 75). Elle est toutefois restrictive (cf. MEYER/REICHMUTH, *Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Bundesgesetz über die Invalidenversicherung IVG*, 4^e éd. 2022, n. 119 s. *ad art. 28a*, p. 339 s.).

4.2 Dans sa réponse sur recours du 4 avril 2023, l'intimée soutient qu'elle a correctement évalué le gain hypothétique d'invalidité du recourant, sur la base des données statistiques issues de l'ESS, les faiblesses évoquées par le recourant ne réduisant pas considérablement ses perspectives salariales dans l'exercice d'une activité simple et répétitive. Concernant la limite du port de charges, l'intimée fait valoir que la Dre Z._____, si elle n'a certes pas examiné elle-même le recourant, s'est fondée néanmoins sur les avis médicaux circonstanciés de médecins qui ont eux-mêmes examinés le recourant.

Aussi, s'il est exact que la Dre Z._____ n'a certes pas examiné personnellement le recourant, il reste que dans son avis du 7 mars 2022, constatant la stabilisation du cas, elle a retenu les limites fonctionnelles suivantes concernant le membre supérieur droit du recourant :

- "- Pas de port de charge répétée de plus de 5-10 kg
- Pas de mouvement au-dessus de l'horizontale
- Pas de mouvement en porte-à-faux"

A cet égard, s'agissant de la limite de charges du recourant à 5-10 kg en cas de charges répétées, c'est cette limitation fonctionnelle que l'intimée a admise dans sa lettre du 22 avril 2022, par laquelle elle a informé le recourant qu'elle mettrait fin au paiement des indemnités journalières au 31 mai 2022.

S'agissant de la limite de charges du recourant, la Cour constate que dans son appréciation du 16 mai 2022 la Dre Z._____ a varié, en évaluant la limite de charges de 20 à 25 kg et la limite de charges répétées de 15 à 20 kg (et non plus de 5 à 10 kg) sans avoir personnellement examiné le recourant, et de manière inexplicquée. La question de ce changement d'appréciation peut toutefois souffrir de rester indécise, sans que la Cour ne requière d'investigation complémentaire dans la mesure où elle s'avère être sans incidence sur l'issue du présent litige, comme on le verra *infra*.

4.3 Rien au dossier ne permet de rediscuter l'avis de la CNA voulant que si l'ancienne activité de chauffeur-livreur n'est plus exigible, le recourant dispose d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée, respectant les limitations fonctionnelles précitées (pas de port de charge répétée de plus de 5-10 kg voire de plus de 15-20 kg [selon la dernière appréciation de la Dre Z._____], pas de mouvement au-dessus de l'horizontale et pas de mouvement en porte-à-faux).

Dans son certificat initial, le Dr D._____ écrit qu'il n'a pas constaté de limitation fonctionnelle, mais seulement des douleurs à l'effort en attestant à ce moment-là d'une incapacité de travail de 100 %.

Quant au Dr P._____, il évoque bien, dans son rapport du 15 février 2022, les « *limitations fonctionnelles habituelles en cas de problème d'épaule* », mais sans préciser les limites de charges. C'est sur la base de ces documents et sur le vu des radiographies jointes à la demande d'avis qui lui a été adressée le 3 mars 2022 (pièce 97, p. 3) que

la Dre Z._____ elle-même a évalué, dans son avis du 7 mars 2022, la limite de charges du recourant à 5-10 kg en cas de charges répétées.

Dans son rapport adressé le 13 juin 2022 à l'OAI, le Dr D._____ mentionne la possibilité pour le recourant d'exercer un travail adapté, sans sollicitation de l'épaule droite. S'il ne se prononce pas sur le pourcentage de cette capacité de travail, il n'y est pas opposé pour autant.

S'agissant du rapport médical somatique adressé le 5 mai 2023 à Me Nordmann, postérieur de plusieurs mois à la décision sur opposition attaquée du 31 décembre 2022, le Dr D._____ y indique que le recourant serait totalement incapable de travailler en toute activité. Il n'explique toutefois pas pour quel motif médical objectif, même l'exercice d'une activité adaptée ne serait plus exigible. Ce médecin se limite à faire état d'éléments déjà connus sur la base d'un examen IRM du 2 décembre 2021 et dont il n'a pas indiqué dans son rapport de juin 2022 qu'ils auraient évolué de manière défavorable depuis leur découverte. Il convient de réserver une éventuelle aggravation survenue au cours du premier semestre 2023, situation qui serait postérieure à la décision sur opposition attaquée et dont il n'y aurait cependant pas lieu de tenir compte.

4.4 Il reste à déterminer l'influence des limitations fonctionnelles, ainsi que les autres facteurs invoqués par le recourant (son âge, son absence de formation, sa faible dextérité, ses mauvaises connaissances en français et son incapacité à piloter des machines automatiques ou semi-automatiques) sur ses perspectives salariales dans une activité qui peut encore raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré, en application de la méthode ordinaire de comparaison des revenus (art. 16 LPG) pour évaluer le taux d'invalidité.

4.5 En ce qui concerne la question de l'abattement sur le salaire statistique, il convient de rappeler que divers éléments peuvent influencer

le revenu d'une activité lucrative. Il s'agit de circonstances personnelles et professionnelles exhaustivement énumérées par la jurisprudence (les limitations fonctionnelles liées au handicap, l'âge, les années de service, la nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et le taux d'occupation) dont il y a lieu de tenir compte au moment de la détermination du revenu hypothétique d'invalidé au moyen de salaires statistiques. Une évaluation globale des effets de ces circonstances sur le revenu d'invalidé est nécessaire. La jurisprudence admet de procéder à une déduction de 25 % au maximum pour en tenir compte (ATF 146 V 16 consid. 4.1 ; 126 V 75).

On rappellera en tant que besoin que l'évaluation de l'invalidité par les organes de l'assurance-accidents ne requiert pas d'examiner la question de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail - ce qui revient à l'assurance-chômage - la notion de marché du travail équilibré (cf. art. 16 LPGa) se limitant à déterminer si l'assuré pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'œuvre (TF 8C_771/2011 du 15 novembre 2012 consid. 4.2).

4.6 Retenant que le recourant est en mesure de travailler à 100 % dans une activité adaptée au handicap, l'intimée a fixé le revenu hypothétique avec invalidité de celui-ci à 66'073 fr. 30, avant abattement. Elle a estimé que celui-ci devait être fixé à 5 %, indiquant qu'abstraction faite des limitations fonctionnelles, les autres éléments invoqués par le recourant n'étaient pas susceptibles de réduire ses perspectives salariales au vu de l'éventail suffisamment large d'activités légères, pouvant être exercées principalement avec le bras gauche ou droit et ne nécessitant pas de formation particulière - l'âge comme l'absence de formation étant également sans effet, les activités simples et répétitives (niveau de compétence 1) étant, en règle générale, disponibles indépendamment de ces critères sur le marché équilibré du travail.

S'agissant de l'abattement de 5 % retenu dans le calcul du revenu hypothétique d'invalidé par l'intimée, le recourant plaide qu'il est insuffisant.

4.7 Concernant le critère des limitations fonctionnelles liées au handicap, le grief soulevé en lien avec l'impossibilité pour le recourant de retrouver un emploi en raison de son état de santé somatique est en partie fondé. En effet, il y a lieu de constater que les limitations fonctionnelles consécutives à la rechute de l'accident de 2016 (*pas de port de charge répétée de plus de 5-10 kilos voire de plus de 15-20 kilos* [selon la dernière appréciation de la Dre Z. _____], *pas de mouvement au-dessus de l'horizontale ni en porte-à-faux*) sont compatibles avec un grand nombre d'activités légères que recouvrent les secteurs de la production et des services. Certes, selon la jurisprudence, un abattement n'entre en considération que si, dans un marché du travail équilibré, il n'y a plus un éventail suffisamment large d'activités accessibles à l'assuré (TF 8C_122/2019 du 10 septembre 2019 consid. 4.3.1.4 ; TF 8C_174/2019 du 9 juillet 2019 consid. 5.2.2 et les références). Mais, dans le cas présent, les limitations fonctionnelles s'ajoutent à un âge élevé de l'assuré (cf. *infra*).

4.8 Il n'y a pas lieu de tenir compte d'autres facteurs que celui de l'âge comme on le verra *infra* qui pourraient porter préjudice au recourant sur le plan salarial.

En effet, le recourant est au bénéfice d'une autorisation d'établissement (permis C) et ses origines, ne l'ont pas empêché de travailler durant plusieurs années en Suisse jusqu'à son accident de juin 2016 et même après. Il ne se justifie pas d'appliquer un abattement supplémentaire à ce titre.

S'agissant du manque de formation invoqué, il convient de rappeler que la CNA a retenu l'exigibilité de l'exercice d'une activité adaptée, simple et répétitive, de niveau de compétence 1, qui ne requière ni formation, ni expérience professionnelle spécifique. En outre, tout nouveau travail va de pair avec une période d'apprentissage, de telle sorte qu'il ne se justifie également pas de procéder à un abattement supplémentaire à ce titre. Mais l'âge est un facteur d'allongement de cette

période d'apprentissage et est donc susceptible de réduire la rentabilité du recourant.

4.9 Concernant le critère de l'âge, le Tribunal fédéral n'a pas encore tranché le point de savoir si, dans le domaine de l'assurance-accidents obligatoire, il constitue un critère d'abattement ou si l'influence de l'âge sur la capacité de gain doit être prise en compte uniquement dans le cadre de la réglementation particulière de l'art. 28 al. 4 OLAA (TF 8C_122/2019 du 10 septembre 2019 consid. 4.3.2 et les références citées). Il convient également de rappeler que selon la jurisprudence, l'âge d'un assuré ne constitue pas *per se* un facteur de réduction du salaire statistique. Bien que l'âge soit inclus dans le cercle des critères déductibles depuis la jurisprudence de l'ATF 126 V 75 (laquelle continue de s'appliquer [TF 9C_470/2017 du 29 juin 2018 consid. 4.2]), il ne suffit pas de constater qu'un assuré a dépassé la cinquantaine au moment déterminant du droit à la rente pour que cette circonstance justifie de procéder à un abattement. L'effet de l'âge combiné avec un handicap doit faire l'objet d'un examen dans le cas concret, les possibles effets pénalisants au niveau salarial induits par cette constellation aux yeux d'un potentiel employeur pouvant être compensés par d'autres éléments personnels ou professionnels tels que la formation et l'expérience professionnelle de l'assuré concerné (TF 8C_766/2017 et 8C_773/2017 du 30 juillet 2018 consid. 8.6 ; TF 8C_227/2017 du 17 mai 2018 consid. 5 ; TF 8C_439/2017 du 6 octobre 2017 consid. 5.6.4).

Dans le cas présent, au moment de la naissance théorique du droit à la rente, le recourant, dont on ne pouvait plus exiger qu'il reprenne son activité habituelle, mais seulement qu'il exerce une nouvelle profession, adaptée à son état de santé, était âgé de 60 ans (à un mois et demi près de 61 ans). Il est douteux qu'il pût trouver un emploi dans une nouvelle profession, même si celle-ci ne requérait ni expérience ni formation, sans subir un désavantage salarial lors d'une embauche éventuelle, compte tenu de l'allongement prévisible de la période d'apprentissage et de son importance relative accrue sur une durée prévisible réduite des rapports de travail avec un travailleur proche de

l'âge de la retraite. Dans le cas particulier du recourant, l'âge constitue donc un facteur propre à justifier un abattement. Il l'est d'autant plus qu'à l'âge s'ajoutent les limitations fonctionnelles précitées (cf. supra, consid. 4.7).

Il est raisonnable de prévoir que, confronté à la concurrence de travailleurs plus jeunes et en meilleure santé – soit plus aptes à acquérir de nouvelles compétences et aptes, en cas de besoin exceptionnel, à donner un coup de main pour des travaux plus lourds qu'à l'ordinaire –, le recourant devra se contenter de convenir d'un salaire moindre pour être engagé sur un marché du travail équilibré, comme l'a retenu l'intimée. Appelé à quatre ans et demi de l'âge légal de la retraite à débiter dans une nouvelle activité, il y a tout lieu de prévoir que le recourant devra consentir à un salaire d'au moins 10 % moindre que ses concurrents pour être engagé.

4.10 En résumé, le critère des limitations fonctionnelles du membre supérieur droit combiné avec celui de l'âge (60 ans) au moment de la naissance théorique du droit à la rente justifie, au total, de procéder à un abattement sur le salaire statistique qui ne saurait être inférieur à 10 %.

5.

5.1 S'agissant du calcul du taux d'invalidité et en particulier des éléments économiques retenus pour les revenus sans et avec invalidité, le recourant n'a soulevé aucun grief à cet égard, de sorte qu'il n'y a pas lieu de s'écarter des chiffres retenus par l'intimée.

5.2 Pour déterminer le degré d'invalidité, l'intimée s'est fondée, dans la décision sur opposition du 31 décembre 2022, sur les données reçues de l'ex-employeur le 17 mai 2022 quant au salaire que le recourant aurait perçu en 2022 sans la survenance de l'accident de 2016, pour ce qui concerne le revenu de valide (69'225 fr., treizième salaire inclus ; pièce 122), et sur les données statistiques ressortant de l'ESS 2020 (Tableau du salaire mensuel brut selon les branches économiques, le niveau de compétences et le sexe – secteur privé [TA1_skill-level]), pour le

revenu avec invalidité. Retenant que le recourant est en mesure de travailler à 100 % dans une activité adaptée au handicap, l'intimée a fixé le revenu hypothétique avec invalidité de celui-ci à 66'073 fr. 30, avant abattement. Elle a estimé que celui-ci devait être fixé à 5 %, ce qui portait le revenu hypothétique déterminant à 66'769 fr. 63 selon son calcul. Elle en a conclu que selon la comparaison du revenu exigible de quelque 66'700 fr. avec le revenu de valide de 69'225 fr., la perte économique de 3,54 % n'atteignait pas le seuil de 10 % requis pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité de l'assurance-accidents au recourant.

5.3 En l'occurrence, l'intimée s'est fondée pour fixer le revenu d'invalidé du recourant sur le revenu auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé, tel qu'il ressort de l'ESS 2020 (ESS), soit un montant mensuel de 5'261 francs. Cette valeur statistique s'applique en principe à tous les assurés qui ne peuvent plus accomplir leur ancienne activité parce qu'elle est physiquement trop astreignante pour leur état de santé, mais qui conservent néanmoins une capacité de travail importante dans des travaux légers. Pour ces assurés, ce salaire statistique est suffisamment représentatif de ce qu'ils seraient en mesure de réaliser en tant qu'invalides dès lors qu'il recouvre un large éventail d'activités variées et non qualifiées, n'impliquant pas de formation particulière et compatibles avec des limitations fonctionnelles peu contraignantes. S'agissant du revenu exigible avec invalidité, il convient de relever qu'en 2022, selon la mise à jour du tableau utilisé par l'intimée, le salaire médian standardisé pour les hommes de niveau de compétence 1 est de 5'305 fr. brut par mois, soit 63'660 fr. par an, ce qui correspond au montant arrondi de 66'365 fr. par an pour un emploi adapté à la durée hebdomadaire usuelle dans les entreprises cette année-là.

5.4 Avec un abattement 10 % retenu supra (consid. 4.10), le revenu hypothétique avec invalidité est de 59'728 fr. 50 (= 66'365 fr. x 90 %). La comparaison d'un revenu sans invalidité de 69'225 fr., avec un revenu d'invalidé de 59'728 fr. 50 aboutit au constat d'une perte de gain de 13,7 %, arrondie à 14 % (ATF 130 V 121).

5.5 Il convient donc de réformer la décision sur opposition attaquée, en ce sens que le recourant a droit à une rente de l'assurance-accidents fondée sur un degré d'invalidité de 14 % dès le 1^{er} juin 2022.

6.

6.1 Le recourant reproche également à l'intimée une estimation incorrecte de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité à laquelle il a droit. Il soutient que cette indemnité devrait être de 15 %. A cet égard, il remet en doute le bien-fondé de l'estimation de l'atteinte à l'intégrité de 5 % effectuée par la Dre Z._____ en lui reprochant de ne pas avoir correctement tenu compte de l'arthrose dont il souffre à son épaule droite.

6.2 Selon l'art. 24 al. 1 LAA, l'assuré qui, par suite de l'accident, souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique, a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité.

Conformément à l'art. 36 al. 1 OLAA, une atteinte à l'intégrité est réputée durable lorsqu'il est prévisible qu'elle subsistera avec au moins la même gravité pendant toute la vie. Elle est réputée importante lorsque l'intégrité physique, mentale ou psychique subit, indépendamment de la diminution de la capacité de gain, une altération évidente ou grave. Cette disposition de l'ordonnance a été jugée conforme à la loi en tant qu'elle définit le caractère durable de l'atteinte (ATF 133 V 224 consid. 2.2).

Aux termes de l'art. 25 al. 1 LAA, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est allouée sous forme de prestation en capital. Elle ne doit pas excéder le montant maximum du gain annuel assuré à l'époque de l'accident et elle est échelonnée selon la gravité de l'atteinte à l'intégrité, qui s'apprécie d'après les constatations médicales. C'est dire que chez toutes les personnes présentant le même status médical, l'atteinte à l'intégrité est la même ; elle est évaluée de manière abstraite, égale pour tous, de sorte qu'il n'est pas nécessaire de tenir compte des

inconvenients spécifiques qu'elle entraîne pour la personne concernée (ATF 115 V 147 consid. 1 ; 113 V 218 consid. 4b ; TF 8C_566/2017 du 8 mars 2018 consid. 5.1). L'évaluation de l'atteinte à l'intégrité incombe avant tout aux médecins, qui doivent d'une part constater objectivement les limitations, et d'autre part, estimer l'atteinte à l'intégrité en résultant (TF 8C_566/2017 précité consid. 5.1 et la référence).

L'indemnité pour atteinte à l'intégrité est calculée selon les directives figurant à l'annexe 3 de l'OLAA (art. 36 al. 2 OLAA). Cette annexe comporte un barème des atteintes à l'intégrité en pour cent du montant maximum du gain assuré. Ce barème – reconnu conforme à la loi – ne constitue pas une énumération exhaustive (ATF 124 V 29 consid. 1b, 113 V 218 consid. 2a). Il représente une « règle générale » (ch. 1, première phrase, de l'annexe). Pour les atteintes qui sont spéciales ou qui ne figurent pas dans la liste, il y a lieu d'appliquer le barème par analogie, en tenant compte de la gravité de l'atteinte (ch. 1, deuxième phrase, de l'annexe). Le ch. 2 de l'annexe dispose au surplus qu'en cas de perte partielle d'un organe ou de son usage, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est réduite en conséquence, aucune indemnité n'étant toutefois versée dans les cas pour lesquels un taux inférieur à 5 % du montant maximum du gain assuré serait appliqué. A cette fin, la Division médicale de la CNA a établi plusieurs tables d'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA. Sans lier le juge, ces tables sont néanmoins compatibles avec l'annexe 3 OLAA (ATF 124 V 209 consid. 4a/cc ; TF 8C_198/2020 du 28 septembre 2020 consid. 3.1) et permettent de procéder à une appréciation plus nuancée, lorsque l'atteinte d'un organe n'est que partielle.

6.3 En l'occurrence, pour ce qui est de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, dans son estimation du 30 mars 2022, la Dre Z._____, constatant une atteinte de l'épaule droite sous la forme d'une re-rupture des tendons des muscles sus- et sous-épineux se traduisant par la perte de force pour des mouvements au-dessus de l'horizontale et lors de mouvements répétés, a évalué l'atteinte à l'intégrité à 5 %, en se fondant

sur la table 1 des atteintes à l'intégrité selon la LAA, par analogie à une périarthrite scapulo-humérale de degré léger à moyen.

6.4 Quoi qu'en dise le recourant, l'atteinte à l'intégrité a correctement été évaluée par le médecin d'assurance. En effet, à la suite du courrier adressé le 23 juin 2022 par le représentant du recourant qui demandait à la CNA une réévaluation du taux de l'atteinte à l'intégrité de 5 % tenant compte de l'arthrose qui a débuté en 2016 et susceptible de devoir aboutir à la pose d'une prothèse inversée, la Dre Z._____ a établi une appréciation complémentaire du 13 juillet 2022, constatant, sur la base d'un examen IRM du 2 décembre 2021 de l'épaule droite, une arthrose légère qui « *découle plus d'un descriptif radiologique que d'une découverte clinique* », retenant qu'il n'y avait pas lieu de majorer l'indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI) ce d'autant plus que les amplitudes articulaires, mentionnées dans le rapport du 15 février 2022 du Dr P._____, étaient « *presque normales avec maintien d'une force quasiment conservée* ». Aussi, la Dre Z._____ a confirmé le taux de 5 % de son appréciation médicale de mars 2022.

6.5 Contrairement à ce que soutient le recourant, le médecin d'assurance a correctement tenu compte de l'arthrose qu'il présente à son épaule droite. Le grief du recourant sur ce point n'est par conséquent pas fondé.

Cela vaut d'autant plus que le recourant ne produit aucun avis médical susceptible de remettre en cause les conclusions convaincantes de la Dre Z._____.

6.6 En conséquence, la décision attaquée en tant qu'elle retient un taux d'atteinte à l'intégrité physique de 5 % ne prête pas flanc à la critique.

7.

7.1 En définitive, le recours doit être partiellement admis, la décision sur opposition litigieuse réformée en ce sens que le recourant a

droit à une rente d'invalidité fondée sur un degré d'invalidité de 14 % à compter du 1^{er} juin 2022. Le recours est rejeté pour le surplus.

7.2 Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires (art. 61 let. ^{fbis} LPGA).

7.3 Le recourant qui obtient partiellement gain de cause avec l'assistance d'un mandataire qualifié a droit une indemnité de dépens réduite, qu'il convient de fixer à 2'000 fr., débours et TVA compris (art. 61 let. g LPGA) et de mettre à la charge de l'intimée.

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
p r o n o n c e :**

- I. Le recours est partiellement admis.

- II. La décision sur opposition rendue le 31 décembre 2022 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est réformée en ce sens que X. _____ a droit à une rente d'invalidité de l'assurance-accidents fondée sur un degré d'invalidité de 14 % dès le 1^{er} juin 2022.

III. Le recours est rejeté pour le surplus.

IV. Il n'est pas perçu de frais judiciaires.

V. La Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents versera à X._____ une indemnité de dépens de 2'000 fr. (deux mille francs).

Le président :

Le greffier :

Du

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à :

- Me Philippe Nordmann (pour X._____),
- Me Didier Elsig (pour la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents),
- Office Fédéral de la Santé Publique (OFSP),

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

Le greffier :